

同月過誤処理対象者市町村別合計表【障害】

事業所番号	10■■■■■■■■■■
事業所名称	■■■■■■■■■■

申請年月日：令和 ■■ 年 ■■ 月 ■■ 日

処理年月：令和 ■■ 年 ■■ 月

同月過誤処理対象者一覧表（内訳書）【障害】の記載のとおり

市町村番号	市町村名	件数	請求単位数	再請求単位数	差引単位数	備考
1 102016	前橋市	6	14,000	13,150	-850	
2 102024	高崎市	10	20,000	18,000	-2,000	
3 102032	桐生市	15	30,000	25,000	-5,000	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
合計		31	64,000	56,150	-7,850	

・事業所番号及び事業所名称欄について
10から始まる10桁の事業所番号及び事業所名称（略称可）を記載してください。

・申請年月日欄について
同月過誤依頼書に記載した提出日と同日にしてください。

・処理年月欄について
同月過誤依頼書の「6 同月過誤処理月」と同じです。

・市町村番号欄について
昇順（市町村番号の若番順）で記載してください。
群馬県内市町村が対象であり、県外分は対象外となります。
（県外分の取り扱いにつきましては、直接当該自治体に御連絡願います。）

・請求単位数欄について
その月に請求した総単位を記載してください。
異なるサービス（生活介護、施設入所支援等）がある場合、合わせて1件となります。